



EVALUACIÓN SOBRE LA NUTRICIÓN PARA MUJERES

NOMBRE Y DCN DEL PARTICIPANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	CATEGORÍA: P / B / N	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:
--------------------------------	----------------------	-------------------------	---------------------------

Formulario completado por: Participante o Personal de WIC: CPA RD Nutriólogo Certificador del Programa WIC

Por favor piense en su patrón alimentario habitual y conteste las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Marque el casillero y/o escriba su respuesta.

PATRÓN DE COMIDAS (Todas las mujeres deben completar esta sección)

1. ¿Cuántas veces al día come? ____ comidas/día ____ refrigerios/día
¿Qué tipo de alimentos come habitualmente como refrigerio?
 Leche, yogurt, queso Carne, pescado, huevos, frijoles Frutas o verduras
 Pan, cereal, arroz y pasta Papitas/alimentos salados Galletas/pasteles/alimentos dulces

2. En una semana común, ¿cuántas comidas come en restaurantes, incluyendo comida rápida? ____ comidas/semana

3. ¿Cuántos días a la semana comen todos juntos en su familia? ____ días/semana No corresponde (soltera)

4. ¿Le gustaría cambiar algo de la comida que come? Sí No
Haga una lista con los cambios:

PATRÓN ALIMENTARIO (Todas las mujeres deben completar esta sección)

5. ¿Cómo están preparadas la mayoría de las comidas? Marque todo lo que corresponda.
 Al horno Fritas Hervidas Asadas A la plancha A la parrilla En el microondas

6. ¿Hay algunos alimentos que usted cree que no está comiendo lo suficiente? Sí No
Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
 Leche, yogurt, queso Carne, pescado, huevos, frijoles Frutas Verduras Pan, cereal, arroz y pasta

*7. ¿Está siguiendo una dieta especial? Sí No
Si contestó "sí", marque el tipo:
 Vegetariana Vegan Bajas calorías/pérdida de peso Macrobiótica Alergia o intolerancia a alimentos
 Baja en grasas Baja en carbohidratos Otra:

*8. A algunas mujeres les apetecen objetos que no son alimentos. ¿Usted come alguno de estos objetos? Sí No
Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
 Cenizas Gis Grandes cantidades de hielo y/o escarcha del congelador Otros:
 Bicarbonato de sodio Cigarrillos Trozos de pintura
 Fósforos quemados Barro Tierra
 Fibras de alfombras Polvo Almidón (para lavandería o para cocinar)

BEBIDAS (Todas las mujeres deben completar esta sección)

9. ¿Bebe leche? Sí No
Si contestó "sí", marque el tipo:
 Sin grasas (descremada) Semidescremada (1%) Reducida en grasas (2%)
 Entera Leche de arroz Leche de soja En polvo
 Evaporada Condensada y endulzada Leche de cabra Otro:

10. ¿Con qué frecuencia bebe leche? Marque uno.
 Varias veces/día Una vez/día Menos de una vez/día

11. ¿Con qué frecuencia come otros alimentos lácteos como queso, yogurt, o pudín?
 Varias veces/día Una vez/día Menos de una vez/día

12. ¿Qué otras bebidas bebe en un día normal? Marque todos los que correspondan.
 Jugo Agua Bebidas de fruta Bebidas deportivas Refresco/soda Refresco/soda de dieta
 Café/té Cerveza Vino Otras bebidas alcohólicas Otros:

13. ¿Cuál es su fuente principal de agua? Marque uno.
 Red urbana de aguas corrientes Sistema de abastecimiento rural Pozo privado Agua embotellada
 a. Si es de pozo privado, ¿ha sido analizado para detectar bacterias y nitratos? Sí No No sabe
 Si contestó "sí", marque cuál fue el resultado: Seguro Inseguro No sabe
 b. ¿Sabe si su agua es fluorada? Sí No
 c. ¿Se cepilla los dientes con pasta de dientes con flúor? Sí No

SUPLEMENTOS (Todas las mujeres deben completar esta sección)

14. ¿Tomó un suplemento de multivitaminas durante el mes anterior a su embarazo más reciente? Sí No
 Si contestó "sí", ¿cuántas veces a la semana? ____ veces/semana
15. ¿Tomó alguna vitamina, mineral, hierba o suplemento de hierbas durante el mes pasado o lo está tomando actualmente? Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
 Vitamina prenatal Multivitaminas (no prenatal) Suplemento de hierro Suplemento de hierbas Otros:

SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS (Todas las mujeres deben completar esta sección)

16. ¿Tiene usted el equipamiento adecuado para almacenar y preparar alimentos tales como un refrigerador y una cocina que funcionen y un depósito libre de plagas y químicos nocivos? Sí No

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA (Todas las mujeres deben completar esta sección)

17. Durante el mes pasado, ¿usted o alguien en su familia comió alguna vez menos de lo que considera que debería haber comido o no comió durante un día porque no había dinero suficiente para la comida? Sí No No sabe
18. ¿Participa en algún programa de alimentación y nutrición? Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
 Cupones alimentarios Almuerzo escolar Programa de Educación sobre Nutrición para la Familia (FNEP, en inglés)
 Programa de productos Donación de alimentos Otro:

ACTIVIDAD FÍSICA (Todas las mujeres deben completar esta sección)

19. Durante un día normal, ¿cuántos minutos está físicamente activa? Ninguno 0-30 31-60 Más de 60

EMBARAZO (Completar esta sección solamente si se encuentra actualmente embarazada)

20. ¿Cuánto peso considera que debe aumentar en este embarazo? ____ Libras No tengo idea
21. ¿Presenta alguno de los siguientes problemas? Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
 Estreñimiento Diarrea Náuseas Vómitos Acidez gástrica Otro:

- *22. Come alimentos como:
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. pescados o mariscos crudos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. mariscos ahumados refrigerados | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c. carne, pollo o pavo crudos o no bien cocidos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d. carnes frías, fiambres, perros calientes crudos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e. paté o cremas a base de carne refrigerada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| f. leche sin pasteurizar o alimentos que contengan leche sin pasteurizar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| g. quesos blandos como Feta, Brie, Camembert, queso azul, estilo mexicano | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| h. huevos crudos o poco cocidos o alimentos que contengan huevos crudos o poco cocidos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| i. brotes de verduras crudos como alfalfa, trébol y rábano..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| j. jugos de fruta o verdura no pasteurizados | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

LACTANCIA (Completar esta sección solamente si está amamantando actualmente)

23. ¿Tiene alguna duda acerca de la lactancia? Sí No
 Si contestó "sí", enumere:

PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DEL PROGRAMA WIC

FIRMA (EVALUACIÓN DE RIESGOS):	FIRMA (ASESORAMIENTO SOBRE LA NUTRICIÓN):
FECHA	FECHA